

Odorizzi, Evangelina

"Criterios de salud mental en un Hospital de Día"

IV Jornadas de Sociología de la UNLP

23 al 25 de noviembre de 2005

Cita sugerida:

Odorizzi, E. (2005). "Criterios de salud mental en un Hospital de Día". IV Jornadas de Sociología de la UNLP, 23 al 25 de noviembre de 2005, La Plata. En Memoria Académica. Disponible en:

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6587/ev.6587.pdf

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA.

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA.

IV Jornadas Nacionales de Sociología. UNLP

PONENCIA:

“Criterios de salud mental en un Hospital de Día”

**Una historia de vida institucional del Hospital de Día
del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos,
Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero**

**Ponente: Evangelina Odorizzi.
evaodorizzi@hotmail.com
Noviembre de 2005.**

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo tiene la forma de una historia de vida institucional. Tiene por objeto contar, como su nombre lo indica, la vida y la historia del Hospital de Día que funciona en el neuropsiquiátrico Alejandro Korn, de Melchor Romero.

El tema surge de la realización de una pasantía en este dispositivo, durante el año 1999. Dicho plan llevaba por nombre “Programa de reinserción socio comunitaria y vincular para pacientes con sufrimiento mental; usuarios del Hospital de Día”. Se conformaba por una serie de talleres de expresión, realizados por la mañana y coordinados por alumnos de ciertas carreras, entre las que estaban los estudiantes de Sociología.

Al término de la pasantía, mi interés por el tema institucional en relación a la salud mental, seguía vigente. Tal vez porque siento que hay mucho por hacer todavía en este campo. Y es acá donde se mezclan las tareas como profesional y los temas pendientes como persona. Porque desde el primer año de la carrera, que en Sociología General estudiamos a Goffman con sus “Internados”, sentí que algo me había conmovido plenamente: el cómo. Cómo la ciencia adelanta y con ella la sociedad, y sin embargo seguimos tratando a la locura y a los locos casi como lo hacían en la época del “Gran Encierro”. Porque todavía existe una definición “animalesca” en el imaginario social del loco. Porque vivimos constantemente con la locura y aún nos cuesta aceptarla y nos empeñamos en definirla más que en acompañarla.

El título del trabajo es “**Criterios de salud mental en un Hospital de Día**”. Quiere significar que la creación de cada institución se corresponde con ciertos criterios culturales sobre el tema. En este caso el de la salud; y la salud mental específicamente. Este Hospital de Día (HD) maneja criterios de “la locura” tal vez un tanto diferentes a los que estamos acostumbrados: cambia el objetivo fundamental del funcionamiento hospitalario. Allí donde el paciente llegaba para quedarse, estará ahora el mínimo tiempo posible. Se propone entonces, invertir la dirección funcional del hospicio haciendo aparecer como objetivo general la externación. Y esta idea fue la que motivó el trabajo; que se conozca, que se haga ver.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es conocer el funcionamiento de este dispositivo institucional; describir su nacimiento, su basamento teórico, su funcionamiento, sus dificultades, lo que se propone y cómo trata de lograrlo. En fin, su genealogía.

En cuanto al **diseño** y el **método** para el tratamiento de la información, adoptaré dentro de los instrumentos cualitativos, la construcción de una historia de vida institucional. Como es sabido, trata de reconstruir la historia desde la perspectiva de los actores, considerando sus experiencias. Para esto utilizaré:

- entrevistas en profundidad a algunos de sus integrantes,
- observación de las reuniones del equipo y días de trabajo,
- lectura de documentos: memorias anuales, reglamentos de funcionamiento y archivos.

Según Sautu, en la reconstrucción del transcurso de la vida es necesario encontrar hitos analíticos alrededor de los cuales sistematizar los datos y elaborarlos mediante la aplicación de

un esquema integrador. El informe de una investigación recoge los resultados; para ello los datos son sistematizados y analizados. No existe una receta única sino prácticas construidas en la investigación, las que responden a los requerimientos planteados en el objetivo del estudio.

En la actualidad de las ciencias sociales, la utilización de las historias de vida, va mucho más allá de la reconstrucción de la historia de un agregado social como sujeto pasivo de un torbellino de cambios. Los miembros de dicho agregado, aunque quizás no hagan *la* historia, hacen *su* historia. En este proceso encontramos la sustancia de la interacción entre biografía personal, estructura social e historia.

A partir de aquí comienza el desarrollo del tema. Para esto, el trabajo se divide en tres secciones; como así también se divide el título con ellas, dándoles el nombre.

La primera sección, denominada **“Criterios de salud mental...”** trata de definir estos criterios, culturalmente. Sitúa la problemática del sufrimiento humano como un desafío con miles de texturas y sin marcos fijos para encararlo. Desde una perspectiva más antropológica; cada cultura da marcos de comprensión específicos y circunstanciados para significar los distintos hechos vitales: entre ellos, la vida, la muerte, la salud, la enfermedad. Marco conformado por un sistema de representaciones legitimado que orienta las expectativas sociales y las encuadra. Constituyendo normas de comportamiento ligadas entre sí por un origen común (las relaciones sociales) y una función compartida (el control social).

Luego contempla un parte histórica, en la que se quiere resumir las distintas concepciones de la locura a lo largo de la historia, desde una perspectiva un tanto foucaultiana desde la Edad Media, donde los locos se concebían bajo una posesión demoníaca. Pasando por el Renacimiento y su “nave de los locos” donde la locura ya no está ligadas a las fuerzas subterráneas, sino que se encuentra ya ligada al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones. En el siglo XVII la nave atraca en el hospital y comienzan a delinearse los primeros momentos del “gran encierro”. El Hospital General no sólo tiene el aspecto de un taller de trabajo forzado, sino también el de una institución moral encargada de castigar, de corregir cierta ausencia moral que no podría ser reformada sino por la severidad de la penitencia. El Hospital General tiene un estatuto ético. Durante el siglo XVIII, el afán de los clasificadores transfiere al orden de la vegetación, el desorden de la enfermedad. El orden de los botánicos y las enfermedades se reparten según un orden y un espacio que son los de la razón misma. Cuando a comienzos del siglo XIX se pusieron en marcha las grandes estructuras manicomiales se las justificaba mediante la existencia de una maravillosa armonía entre las exigencias del orden social -que debía ser protegido frente al desorden de los locos- y las necesidades de la terapéutica- que implicaba el aislamiento de los enfermos-.

“La medicina de hoy ha llegado a ser conciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variaciones a las que se ve sometido el umbral de lo patológico: variaciones que radican en el propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzado por un país, pero también en las normas de vida de la población, en su sistema de valores y en sus grados de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin, con la organización económica y social. En último término

la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado”.¹

La segunda sección lleva por título “**...en un hospital...**” y, como se verá es la segunda parte de título general. Aquí se trata el tema de las instituciones con un aporte de Goffman en tanto su descripción y caracterización de las instituciones totales; enfocado en particular, al Neuropsiquiátrico de Melchor Romero.

Luego se desarrolla la historia del hospital, su vida y su trayectoria. Su fundación coincide con la creación de la ciudad de La Plata, en el año 1882. El anterior paso del ferrocarril y la creación del pueblo. Cuento la recorrida desde las primeras barracas de madera que inauguran el hospital hasta su funcionamiento actual. Los adelantos, las mejoras edilicias. La secesión de los directores, destacando la especial participación del Dr Alejandro Korn, director desde 1896 hasta 1916 que le dio el carácter del primer hospital de Puertas Abiertas del país.

Finalizando se describe el actual funcionamiento organizacional:

Las siguientes descripciones y explicaciones surgen del análisis del diagrama de la estructura interna del hospital². En líneas generales, el hospital podría dividirse en cuatro grandes sectores llamados: Psiquiatría y Psicología Médico-Asistencial; Psiquiatría y Psicología Médica y Rehabilitación y la tercera, el área Médico Quirúrgica. Y un gran servicio, que es el de Externación.

1. El área de **Psiquiatría y Psicología Médico-Asistencial** está compuesta por:

- Servicio de Atención en Crisis (SAC): Tiene como objetivo reducir el tiempo de internación y actuar como preventor primario.
- Agudos hombres; agudos mujeres y sub-agudos (Sala Ingenieros y sala Korn): refieren a internaciones cortas, con un máximo de 90 días.
- Consultorios externos: Funcionan los servicios de: Psiquiatría; Psicología Infantil y Psicología para Adultos.
- Servicio de Alcoholismo.

2. El área de **Psiquiatría y Psicología Médica y Rehabilitación** (o crónicos) está conformada actualmente por 17 salas de internos crónicos. Cada sala tiene alrededor de 60 pacientes. El total de pacientes crónicos actual es de alrededor de 900 pacientes.

3. La tercera área es la **Médico Quirúrgica**, también llamada Hospital General, o Pabellón V; ya que en un principio era una sala que atendía los problemas clínicos de los pacientes del neuropsiquiátrico. Con el tiempo fue creciendo y ampliándose en complejidad hasta convertirse en un hospital independiente. Aunque sigue atendiendo a pacientes internados, también es abierto a la comunidad.

El Hospital General está compuesto por las unidades de:

- Terapia intensiva.
- Emergencias psiquiátricas.
- Consultorios Externos de Clínica Médica y de Especialidades.

¹ FOUCAULT, M. La vida de los hombres infames. Editorial Altamira. La Plata. Buenos Aires. 1996. Pág 21.

² Diagrama sito en página web: <http://www.laplatavive.com/miweb/mromero/>
Hospital Iterzonal Especializado en Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn.

- Cirugía.
- Servicio de Diagnóstico y Tratamientos Especiales.
- Farmacia.

4. Por último, el **servicio de Externación** está compuesto por:

- Las casas de convivencia y las casas de pre-alta, sitas en La Plata;
- Los talleres productivos: Talleres hospitalarios: Bolsas de residuos, Tejido y Costura, Granja y Huerta Orgánica; Talleres extrahospitalarios: Trapos de piso, Pañales descartables.
- El Hospital de Día: con sus talleres, el Área de Atención Familiar y Comunitaria y los grupos terapéuticos.

Hasta acá, las dos primeras secciones, han servido de contextualización para hablar del Hospital de Día (HD). Por un lado, un marco conceptual que lo contiene y por otro lado, la ubicación del HD desde lo concreto en el neuropsiquiátrico.

Para los fines de esta ponencia, centraré la atención en la tercera sección del trabajo original (mi tesina de licenciatura; para quienes les interesa, podremos contactarnos). Esto último es el objetivo del trabajo: conocer y dar a conocer al HD. Este es mi aporte.

“...HOSPITAL DE DÍA.”

OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DEL HOSPITAL DE DÍA

El HD se plantea como una alternativa a la institucionalización del paciente con padecimiento mental. Es un servicio que proporciona tratamiento durante el día a jóvenes y adultos con sufrimiento mental, que requieren una atención programada más compleja que la proporcionada por los servicios ambulatorios, pero que no necesitan hospitalización a tiempo completo.

La consideración de un nuevo paradigma, el de las personas con padecimiento mental, como sujetos de derecho, conduce a resignificar los criterios en el campo de la salud y especialmente en la perspectiva de la salud mental. Se considera, entonces al sujeto desde una perspectiva integral, como persona concreta, que estructura singularmente su experiencia, como un sujeto a la vez producido y productor de su medio social, multideterminado por una trama de vínculos significativos internos y externos, emergente en un contexto histórico que lo enmarca y delimita; portador de una ideología; inscripto en una cultura; inmerso en sus circunstancias socio políticas y económicas.

De este modo, se entiende a los sujetos que concurren al Hospital de Día: personas con sufrimiento mental, protagonistas de su propia recuperación, y no como seres pasivos de atención.

El tratamiento se fundamenta en que la posición de vulnerabilidad de la persona deba ser atendida de manera de posibilitar el desarrollo de sus recursos de salud; construir o

reconstruir su comportamiento social, mediante la recuperación de vínculos, actitudes, capacidades instrumentales y prácticas de convivencia en lo cotidiano.

Teniendo en cuenta esta concepción de salud mental como construcción y proceso, se intenta, desde este dispositivo de salud, modificar la realidad del sujeto posibilitando que pueda modificarse a sí mismo a partir de la movilización de aspectos de su historia para lograr una mayor autonomía.

Existen dos objetivos simultáneos:

Desde el punto de vista institucional: disminuir el tiempo de internación, evitar ingresos y reingresos;

Desde los usuarios: lograr la reinserción socio comunitaria y vincular, reduciendo el grado de vulnerabilidad psicosocial.

En cuanto a la metodología de trabajo; todas las actividades del HD se abordan desde una metodología grupal e interdisciplinaria, de promoción y prevención de la salud mental como posibilitadora de espacios de expresión y elaboración de distintos aspectos de la subjetividad. Esta metodología apunta al aprovechamiento de los recursos comunitarios, vinculares e individuales para facilitar la integración al grupo de pertenencia.

El dispositivo comprende las siguientes áreas:

- Asistencia técnica (psicoterapia individual y grupal)
- Capacitación
- Atención familiar y comunitaria
- Talleres de expresión

➤ **Asistencia técnica:**

La Asistencia Técnica abarca dos tipos de terapias. La terapia de grupo se realiza dos veces a la semana. Está coordinada por dos profesionales psicólogos del equipo. La terapia individual se realiza una vez a la semana, en el horario convenido entre el paciente y el profesional.

➤ **Capacitación:**

Las capacitaciones se realizan mensualmente en la ciudad de La Plata, donde concurren todas las personas que trabajan en el HD, menos las enfermeras. Esta capacitación está a cargo de dos profesionales psicólogos del equipo. El temario que se recorre, si bien está planteada una planificación anual, puede modificarse de acuerdo a las problemáticas emergentes.

Además, se realiza una reunión semanal con todo el equipo terapéutico; enfermeras, profesionales y coordinadores de los talleres; donde se discuten los emergentes y problemáticas de funcionamiento.

El lineamiento general de esta capacitación, no es la idea de una enseñanza del tipo docente; sino más bien de resolución de problemas, de interacción, apuntando siempre al trabajo interdisciplinario.

➤ Talleres de expresión:

Los talleres de expresión se presentan como una nueva alternativa para el tratamiento terapéutico. Su objetivo es movilizar al paciente en esos aspectos que permanecen “ocultos” a causa de la institucionalización. Se acompañan con el área de asistencia técnica (terapias), ya que todo lo que se dispare en estos talleres debe ser analizado y contenido posteriormente.

El fundamento de los talleres de expresión lo encontramos en las ideas de Pichón-Rivière en cuanto a la concepción del sujeto y las matrices de aprendizaje.

Matrices de aprendizaje dentro del ámbito terapéutico.

Para Pichón-Rivière el sujeto es esencialmente social, ser de necesidades que se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan, en una relación dialéctica, en una praxis, mutuamente modificante con el medio, donde el sujeto transforma la realidad, transformándose él mismo.

El carácter fundante de esta relación de transformación recíproca define al sujeto de la praxis como esencialmente cognoscente y sitúa en primer plano el análisis de los procesos de aprendizaje. En tanto forma de la relación sujeto-mundo son identificados con la salud mental. La posibilidad de desarrollar una acción transformadora de sí y del contexto, Pichón lo considera como un índice de salud. Aprendizaje y salud se juntan, entonces, en el pensamiento pichoniano.

Desde acá, se define a la matriz de aprendizaje como un modelo interno a partir del cual cada sujeto organiza y significa el universo de su experiencia; y así se configura su psiquismo, su conducta, sus modalidades de pensamiento y de acción, sus vínculos, sus aspectos afectivos y emocionales.

La construcción de estas matrices surge de la historia del sujeto y de sus modalidades de vincularse. En tanto proceso, el aprendizaje tiene una historicidad, con continuidades y discontinuidades en una relación que no es lineal, sino dialéctica.

El proceso creador como proceso terapéutico. La importancia de la grupalidad.

Pichón-Rivière anuda en la dialéctica hombre – mundo, desde el eje de la tristeza y lo siniestro, la creación; inseparables conceptos de su experiencia personal.

Para conceptualizar lo siniestro, Pichón se basa en algunas de las ideas expuestas por Freud. Siniestro entendido como ese sentimiento angustioso que surge cuando algo que debía permanecer oculto se ha manifestado. Lo siniestro es la vivencia que se da cuando lo que debió permanecer reprimido, retorna.

Por lo tanto, el proceso creador se da cuando se puede transformar este sentimiento siniestro. La elaboración de un duelo a través de la transformación, en el acto creativo, de lo siniestro en maravilloso.

En el proceso creador está la esencia de la tarea de la cura. Volver a dar vida a lo que se ha destruido y que perturba una buena lectura de la realidad. Esa reconstrucción es la esencia de la creatividad.

➤ **Atención familiar y comunitaria:**

Los *objetivos del Área de atención familiar y comunitaria*, concuerdan con los objetivos del HD; enmarcando sus acciones para el fortalecimiento de la autonomía del sujeto y la construcción y reconstrucción de los lazos sociales cotidianos, implementando abordajes dirigidos a la integración social y comunitaria del usuario.

En la actualidad, el Área, está conformada por 10 personas que son: pasantes en calidad de estudiantes avanzados y profesionales de las carreras de Psicología y Trabajo Social; dos coordinadoras, psicólogas y una coordinadora, trabajadora social; las tres del Área de Asistencia Técnica. El equipo completo se reúne semanalmente en el espacio hospitalario.

En relación a las intervenciones extrahospitalarias del Área, éstas se dirigen a personas externadas, que en todos los casos, son pacientes ambulatorios. La forma de abordaje se sustenta en tres ejes:

a) La reconstrucción de la historia familiar:

La técnica utilizada en este caso es la entrevista semiestructurada. Estos datos se utilizan para una posterior reconstrucción de la entrevista por escrito.

Los encuentros se pautan con el paciente y los integrantes de la familia con los cuales éste habita, realizándose en el hogar del grupo familiar. Con tres o cuatro encuentros, es posible el abordaje del objetivo específico. El último encuentro consiste en una devolución en la cual se proporciona a la familia un árbol genealógico construido con los datos obtenidos en las entrevistas anteriores, y también se intenta generar un espacio en el que tanto entrevistados como entrevistadores opinen sobre los encuentros.

Cada caso es abordado por una dupla compuesta por una Trabajadora Social y una Psicóloga quines, posteriormente intercambian y debaten las experiencias en el Área con las demás duplas y coordinadoras.

b) Acompañamiento terapéutico:

El acompañamiento terapéutico es una técnica de intervención que busca contribuir a una integración social del paciente. El acompañante terapéutico tiene como función el actuar como puente entre el sujeto y las distintas instituciones con las que interactúa “...percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente, no planificando ni decidiendo por él; lo que significa crear un espacio en donde el paciente haga lo que quiera aunque empiece algo y no lo termine; porque lo que importa es que se estructure con relación a algo para sobrellevar su enfermedad. Servir como agente catalizador de las relaciones con las familias.”³

Se abordan diferentes casos con el objetivo de lograr una mayor inserción comunitaria del paciente a fin de fortalecer su autonomía, vinculada a sus iniciativas personales, a sus decisiones; en los distintos ámbitos: legal, laboral, institucional, barrial y comunitario.

c) Seguimiento:

Esta actividad es llevada a cabo por los estudiantes que realizan las prácticas de Trabajo Social. Lo hace con algunos pacientes que ya no concurren al HD.

³ Saliché, Sergio. *Acompañante terapéutico*. Publicado en www.hojasderoca.com. 26 de abril de 2001.

El objetivo de esta tarea es poder visualizar la situación actual de los ex-pacientes con relación a la continuidad o no de su tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico, su situación laboral, vincular, recreativa y social.

LOS COMIENZOS DEL HOSPITAL DE DÍA.

Los comienzos de este HD (Hospital de Día) están relacionados con la gestión del Dr. Abelardo Gilabert, director del Hospital, entre los años 1988 y 1992. La idea básica de este programa general de trabajo era la de “deshospiciar”. Los puntos centrales de este programa, versaban en; primero, centrar la atención en el menor tiempo posible de internación: durante el período correspondiente a la crisis psicótica; y luego la vuelta de la persona a sus grupos familiares y comunitarios. Segundo, se planteó la reducción de camas dentro del hospital, dando altas; Para así disminuir la enorme población y todos los problemas que causa: hacinamiento; dificultades habitacionales; promiscuidad; y toda una serie de problemas derivados de ser una suerte de depósito de pacientes a largo plazo.

Es por esto que alrededor del año 1989 se produce un cambio a nivel de la institución y empieza a pensarse en períodos cortos de internación. Para esto, en el Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn de Melchor Romero, se crea un servicio destinado a este fin; siendo el único en la Argentina. Con el nombre de Servicio de Atención en Crisis (SAC) donde lo que se atiende es la urgencia psiquiátrica. Un paciente que concurre al hospital, luego de su paso por la guardia, pasada la crisis, es derivado al SAC donde es atendido sin permanecer allí más de 15 días internado. Con lo cual existen mayores posibilidades de tomar al grupo familiar y establecer avances en la conexión.

Graciela, la actual jefa del servicio, comienza a trabajar en el SAC en el año 1989⁴. El equipo de dicho servicio atendía alrededor de 10 pacientes por día; cuando, luego de haber atendido a más de 9000 a lo largo de esos años, se decide hacer un balance.

Se observa que de los 2000 pacientes que ingresaban por año, la mitad, ya había estado; que tenían dos, tres o cuatro internaciones anteriores. La pregunta que surge de este balance es tratar de responder por qué había tantos reingresos, ya que se trataba del 50%. Los motivos de estos reingresos se dilucidaron en dos causas fundamentales: el abandono del tratamiento por parte de paciente, y un no seguimiento del paciente posteriormente al alta por parte del hospital. Graciela cuenta: “El alta era muy compulsiva. Salía de la crisis, que una crisis no dura más de 48 horas; y ya se le daba el alta sin haber un seguimiento posterior.”

Entonces, a raíz de esto se comienza a pensar en qué otra alternativa podría haber como para evitar estos reingresos. Es así que en el año 1996, se presenta el proyecto de Hospital de Día; un dispositivo que trabaje para la externación y pueda evitar las anteriores falencias.

⁴ Graciela Negri hace más de 20 años que trabaja en el neuropsiquiátrico. En la sala Lasegue realizó un trabajo de comunidad terapéutica cuyo equipo estaba conformado por Juan Carlos Domínguez, Armando Bauleo, entre otros y supervisado por Ana Fernández. Lograron dar 60 altas, entre 100 pacientes, que tenían más de 20 años de internación. Terminado ese ciclo, comienza el proyecto del actual HD.

El proyecto se presenta conjuntamente con la cátedra de Psicología Forense, donde se hace un convenio con la Facultad de Psicología de la UNLP, quien iba a aportar la capacitación y los pasantes, para hacer realidad este proyecto en el hospital.

El trabajo inicial fue muy conflictivo porque era la primera vez que dentro de la institución funcionaba un lugar que no tenía que ver con la internación del paciente. El HD significa externación. Con lo cual implica un movimiento con contradicciones internas muy grande a nivel institucional. En el imaginario institucional pasó como pasa con todos los cambios psiquiátricos: es resistido, rechazado.

Mientras tanto, el HD se organizaba con su personal atrincherado en él, contra las miradas de todo el resto del hospital y comienza a funcionar en el año 1996.

Con respecto a los medios materiales contaba con un edificio que en principio habría sido una usina, y posteriormente había intentado ser un Hospital de Día, la sala Albina; ya reducida a un taller de rehabilitación donde los pacientes iban a hacer alguna actividad.

Con gran parte de esta comunidad comenzó a trabajar el actual HD. Pacientes de salas de crónicos que seguían concurriendo a la sala Albina para realizar algún trabajo manual, para distraerse, para ocuparse, para dejar de “molestar” en la sala de la que provenían. Pacientes que con el transcurso de los años, habían abandonado su expectativas de salir.

En el transcurso de estos 9 años, el HD ha logrado cambiarse de edificio. Ha podido “despegarse” de la antigua sala Albina, por el edificio actual.

Está ubicado a mano derecha de la avenida 520, frente al hospital General. Es la segunda sala de la primera calle interna. Tiene más contacto que antes con el afuera; lo que facilita el conocimiento de la comunidad.

Guarda las características de las primeras salas del hospital. Tiene 100 metros de largo y está dividido en dos alas. Se ingresa por la mitad de esta distancia de 100 metros; en la manera en que esta puerta pueda dividir esos metros en dos partes iguales. Contiguo a la puerta de entrada, hacia la derecha, está enfermería. Hacia el ala izquierda están los baños de los pacientes; la cocina; el comedor y un espacio donde se realizan los talleres. Hacia el ala derecha, está la biblioteca y dos salones más donde se realizan en resto de los talleres. Al fondo de ambos lados, hay consultorios.

FUNCIONAMIENTO DEL HD.

El HD es un servicio abierto y mixto. Reciben derivaciones del Poder Judicial, del Juez de Familia, de juzgados de menores, de otros hospitales, de la curaduría y de otros servicios dentro del hospital. También hay gente que acude sin ser derivada. Permanece abierto de lunes a viernes de 8 a 17 hs. Funciona con tres áreas básicas, que son los talleres, los grupos terapéuticos y el área de atención familiar y comunitaria.

En este momento hay alrededor de 35 personas trabajando. Son: 1 Jefe del área, 3 enfermeras, 1 secretaria, 1 psiquiatra, 4 concurrentes psicólogos, 1 profesor de plástica, 1 de

danzas y 21 pasantes, personas que concurren ad-honorem con los cuales se hace el trabajo de los talleres y del área familiar.

La admisión al HD.

Cuando una persona concurre por primera vez al HD se la hace una primer entrevista, y se espera que vuelva. Cuando vuelve, se inicia la historia clínica (que queda en el HD) y tantas otras entrevistas y encuentros como se considere necesario.

Los usuarios del HD.

Para lograr, dentro del hospital, un trabajo conjunto, la mejor manera de evitar un reingreso es que el paciente comience a concurrir al HD cuando se está por ir de alta; o sea, un tiempo antes de irse de agudos. Un paciente que se va de agudos, tiene un promedio de 60 días de internación, empieza a concurrir al HD. Le dan el alta de la internación, se hace el ingreso en el HD, y se trabaja con ese paciente de alta, pero que va a su casa. Graciela acota: “y el que no puede irse con su familia, se le busca un subsidio, se alquilan pensiones, a veces hasta se establecen vínculos entre pacientes y se van a vivir juntos... Todas las alternativas como para poder conseguir una vivienda”.

El promedio de tratamiento debería ser de 6 meses. Un paciente que ingresa hoy al Hospital de Día, cumpliendo todas las actividades, a los 6 meses estaría ya para irse. Pero esto depende mucho de la historia del paciente. Si son pacientes de mucho tiempo de institucionalización, 6 meses no alcanza.

Los diagnósticos más frecuentes son esquizofrenia, paranoia, trastornos de la personalidad, adicciones, depresiones; esos serían los diagnósticos más importantes. Después hay bulimia, anorexia, pero son los menos.

En este momento hay alrededor de 30 pacientes.

Conjuntamente se ha ido haciendo una depuración, una selección, hasta que en el día de hoy sólo hay pacientes externados: “había muchos pacientes internados. O sea que primero tuvimos que hacer todo un trabajo de ver qué hacíamos con todos esos pacientes que iban de la sala, al Hospital de Día. Porque los pacientes internados tienen otras actividades para hacer dentro del hospital. O puede venir un paciente internado si se está por ir de alta”. Esta depuración fue necesaria para seguir el lineamiento de los objetivos que definen al HD.

Un día en el HD:

Los pacientes ingresan a las 8 y se les sirve el desayuno. Desde las 10 hasta las 11:30 concurren a los talleres de expresión. Luego, almuerzan y por la tarde, según el día funciona el área de terapia, sea ésta grupal o individual.

El personal del Hospital de Día, ingresa a las 8:30. Cada día, para cada grupo de talleristas, hay un coordinador de taller, que generalmente es psicólogo con más experiencia, también miembro del equipo. Hay en este momento 5 talleres, uno por día. Son los lunes el taller de danza, los martes el de lectura de diarios, los miércoles el de plástica, los jueves el literario y el viernes el de recreación.

Los talleristas con su coordinador, desde el horario de ingreso hasta el comienzo del taller realizan la pre-tarea, donde los talleristas explican qué tarea planearon para realizar y cuáles son los objetivos de la misma, materiales, etc.

Existe un cuaderno o libro de tareas donde, una vez concluido el taller se toma nota de lo más relevante. Para lograr una mejor conexión y un tratamiento integral, al comenzar la pre tarea, se da lectura a este libro para que todos los talleristas, que concurren una vez a la semana, están al tanto de lo acontecido durante la misma. Se conversa sobre esto, preparando a los talleristas para comenzar a trabajar. Resalto que esta pre-tarea es muy importante, ya que trabajar con este tipo de pacientes requiere de un encuadre previo que sustente y sostenga lo que pueda surgir una vez que la tarea se está realizando. Encuadre que, según Bleger, consiste en la fijación de ciertas constantes dentro de las cuales se pueden controlar las variables del fenómeno.

Terminado el taller, vuelve a reunirse el equipo y se realiza la post-tarea, donde se conversa lo que surgió del taller y se toma nota en el libro de tareas, que queda en el hospital.

Los pasantes.

Los talleres de expresión y el Área de Atención Familiar y Comunitaria (AAFC) están actualmente a cargo de 21 pasantes–talleristas de carreras universitarias como Psicología (13 estudiantes de los últimos años y 4 Licenciados) y Trabajo Social (4 estudiantes del último año).⁵

El número de pasantes por taller es entre 2 y 3. Cuentan además con un coordinador por cada taller. En el taller de Expresión Corporal, hay además de los dos talleristas, un profesor de danzas; y en el de Expresión Plástica, un Licenciado en Artes Plásticas.

Los pasantes en el AAFC son 6, más un coordinador.

Para la selección del personal, se admite el curriculum y se procede a una reunión conjunta donde se explica a los postulantes la tarea a realizar, sus fundamentos, la metodología. Luego los postulantes realizan una rotación por todos los talleres; ya que no son ellos quienes eligen en qué taller quieren participar. Sino que, según las aptitudes propias y las impresiones que se expresan después de esa primera rotación, los profesionales a cargo son quienes proponen el taller al que cada pasante concurrirá definitivamente.

Cómo se trabaja para el logro de los objetivos:

“Una de las cuestiones que afecta al Hospital de Día, yo te explicaba, que depende de quién está a cargo de la sala es la suerte de ese paciente. Hay médicos muy positivistas que dicen: esto no se cura, tiene que seguir de por vida acá. Que obviamente con los años van siendo los menos. Y están los que tienen otra actitud: que el paciente tiene recursos de salud. Nosotros trabajamos con los recursos de salud. Más allá de que haya tenido una crisis, bueno, qué recursos de salud le quedan a este paciente y con eso trabajamos. Que en definitiva es lo que hacemos nosotros en lo cotidiano, cuáles son las cosas que mejor hacemos. Con los pacientes pasa lo

⁵ Digo actualmente refiriéndome al año 2004. Años anteriores han sido pasantes de otras carreras sociales; lo que nada predica sobre años venideros.

mismo. Y entonces digamos que el sector más retrógrado del hospital, también tiene una idea más retrógrada de lo que es el Hospital de Día. “Jode mucho en la sala?, mandémoslo al Hospital de Día para que haga alguna cosita”. Es decir, no viene al Hospital de Día, porque considera que es importante para el paciente, sino porque molesta, entonces mandémoslo a la guardería. Entonces tuvimos que empezar a hacer como una selección de esos pacientes. Nosotros cuando nos mandan algún paciente, vemos la historia clínica, le hacemos una, dos o tres entrevistas; hasta que nos quede clara la situación. Vemos cuáles son las posibilidades de salida de ese paciente. A veces, cuando podés trabajar bien con una sala, te dicen: “mirá, nosotros estamos por conseguir un subsidio, ¿puede ir al Hospital de Día?”; entonces se lo admite al paciente, podemos trabajar en conjunto. Entonces, las selecciones que nosotros hacemos son: leemos la historia clínica, hacemos entrevistas y hacemos un período de “adaptación”; le decimos al paciente que venga, durante 15 días o un mes, a prueba. Y que él vaya viendo las distintas actividades, cómo se adapta, si se integra. Y nosotros de paso vamos observando cómo va funcionando.

Retomando el tema de los recursos de salud, es muy importante remarcar que el trabajo del HD se realiza en base a dichos recursos. Porque caer en la institucionalización, en la dependencia, es muy fácil. Generar dependientes, es generar parásitos; y salir de esa dependencia es cada vez más difícil. Incentivarlos para que los pacientes consigan sus propias cosas; que conozcan y fortalezcan sus recursos. Porque el problema no está cuando están adentro, sino cuando salen. Todo resulta mucho más hostil.

Para esto, daré dos ejemplos. Ambas resoluciones a las problemáticas planteadas han sido tratadas en asambleas generales, que se realizan dos veces al año, con todo el personal y todos los pacientes del HD.

El primer ejemplo es de la época del auge del trueque. Los pacientes hacían cosas para vender, o las conseguían. Iban a los mercados, intercambiaban con la gente y así podían conseguir lo que querían. Esta incentivación por parte del HD nos da cuenta de la importancia que tiene recuperar esos recursos de salud, de agudizar el ingenio y de la vinculación con la comunidad.

El segundo ejemplo se refiere a la comida del fin de semana. El Ministerio paga por las porciones de comida durante toda la semana. Como los pacientes de HD no almuerzan los fines de semana, se presentó la opción de brindarles los alimentos sin elaborar: fideos, verduras, frutas, yerba. Para evitar el parasitismo que se produciría si los pacientes se llevaran la comida para el fin de semana, en el HD se implementó un régimen de pequeños trabajos, como repasar los muebles internos, o tareas de jardinería, que, como paga, tiene los alimentos.

Así es como se llega a cumplir con los dos objetivos centrales: disminuir el tiempo de internación, evitando los ingresos y reingresos; y lograr en el paciente la reinserción socio comunitaria y vincular.

CONSIDERACIONES FINALES.

“El enfermo mental es un problema que no ha sido nunca afrontado, sólo negado⁶”.

En líneas más generales, para hablar del tema de la salud y de la enfermedad, de la salud y enfermedad mental en particular, seguiré algunas de las ideas de Basaglia, expuestas en la obra anteriormente citada. Luego, seguiré el orden que ha mantenido el desarrollo del trabajo, tratando de unir algunas de sus ideas, que tal vez hayan quedado un tanto en suspenso.

En medicina, el diagnóstico clínico –como observación y puntualización de algunos elementos que surgen de una situación dada- es la resultante de una relación entre médico y enfermo. La naturaleza de esta relación es ambigua ya que se realiza entre el médico y un cuerpo anatómico que sirve como objeto de investigación. Se trata, pues, de una relación entre un sujeto y un cuerpo al que no le se le da otra alternativa que la de ser objeto ante los ojos de quien la examina.

Sin embargo, incluso en medicina general, este tipo de encuentro no excluye un cierto grado de implicación personal, tanto por parte del médico como del enfermo: el uno, proyectando en esta relación, además de su preocupación técnica, su modo de ser global y por tanto el sistema de creencias y valores que lo ata a su mundo. El otro, aceptando ser objetivado a los ojos del médico por la necesidad de tener, ante sí mismo, un “valor” que le permita soportar y superar la angustia de ser “enfermo”.

Es por esta razón que el diagnóstico psiquiátrico ha asumido el significado de un juicio de valor, es decir, de etiquetamiento. Esto significa que el enfermo ha sido aislado y puesto entre paréntesis por la psiquiatría, para así poder ocuparse de la definición abstracta de su enfermedad, de la codificación de las formas, de la clasificación de los síntomas, sin temer eventuales posibles contradicciones por parte de una realidad que, de este modo, se niega. Ahora, sumergidos bajo un castillo de entidades morbosas, etiquetamientos, definiciones, estamos obligados a poner entre paréntesis la enfermedad como clasificación nosográfica, si queremos llegar a ver la cara del enfermo y su real malestar.

Distanciando y alejando al enfermo mental de nuestro mundo, se lo aleja, se lo desarraiga de su realidad, llegando a hacer de él un objeto separado de su historia, de su ambiente, de su propia vida. Por ello el enfermo, arrancado del contexto social en el que aún tiene una pálida alternativa por esos hilos que, aunque sutiles, lo mantienen en contacto con la realidad, es despojado de todo elemento humano, para ser reducido al máximo a un puro objeto de contemplación: ¡Un caso interesante!.

Alejamiento que también tiene que ver con el concepto de salud que se maneje: la disgregación que se hace del cuerpo. El cuerpo y la mente para la medicina, (tal vez en la actualidad cada vez menos); están escindidos.

⁶ BASAGLIA, Franco. “Apuntes de psiquiatría institucional.” En: Basaglia, ¿Psiquiatría o ideología de la locura?. Editorial Anagrama. Barcelona. 1972.

Para ejemplificar este punto, traigo una anécdota que me contó Graciela en una de las entrevistas: “A mi me ha pasado, hace unos años, que me habían llamado de clínica general, para que atienda a un paciente para decirle que le habían cortado una pierna. O sea, los médicos no pueden pensar en la persona como una estructura integral. Si vos le vas a cortar una pierna a alguien, lo tenés que preparar, le tenés que decir. Una vez que se la cortaron, me llaman, para que trabaje que le cortaron la pierna. Es como que la cabeza y el cuerpo van separados.”

Es esta misma dicotomía la que se reproduce entre el hospital general y el neuropsiquiátrico. Como si costara integrar, integrar al personal, las funciones, las tareas. Existe una eterna rivalidad entre el personal del hospital general y del neuropsiquiátrico... Y esto marca a los pacientes, que son los castigados en este tipo de discordias.

Discordia que también se observa muy claramente en la asignación del presupuesto. Porque parecería que en el hospital Alejandro Korn funcionarían en verdad, dos hospitales: el general y el neuropsiquiátrico. Pero el presupuesto es sólo uno, que va aumentando en orden de complejidad. Y al hospital general le van agregando complejidad, unidades de terapia intensiva, ecógrafos, tomógrafos, tecnología avanzada y demás aparatología. Por lo tanto, al aumentar el orden de complejidad, se le asigna un mayor presupuesto. Entonces se observa que el hospital general crece, y crece sólo; porque el neuropsiquiátrico, al no poder categorizarse por aparatología ni por complejidad, es quien va tomando el aspecto del abandono. Entonces, el crecimiento del hospital general termina tapando al neuropsiquiátrico...

El psiquiátrico está cada vez más abandonado... y no le es ajeno el crecimiento del hospital general. Desde los recursos, desde los profesionales, desde la asignación de los cargos...

Otra cuestión para pensar es el lugar que ocupa el HD dentro de este sistema.

Según lo expuesto en el diagrama del funcionamiento del hospital, en la segunda sección, se ve que el HD está incluido en la categoría de externación, con otros talleres que dicen parecerse, tal vez sólo por llamarse talleres, por tratarse de actividades extras, o vaya a saber por qué.

El caso es que el HD debería ser una categoría aparte; porque estamos hablando de pacientes que no necesitan internación de tiempo completo y por lo tanto no son pacientes de ninguna sala del neuropsiquiátrico; pero tampoco son pacientes de los consultorios externos, con tratamiento ambulatorio. Pero parecería que a nadie le cabe considerar una categoría aparte dentro del sistema de la hospitalización. Que no se pudiera pensar la cura como un proceso donde se trabaja con la familia y la comunidad para recuperar esos lazos que en algún punto se han roto. Parecería que desde el hospital se sigue pensando en términos antiguamente dicotómicos: se está adentro o se está afuera.

El ejemplo más concreto de esto que quiero decir es tal vez lo que sucede con la oficina de Estadística. Esta oficina es administrativa y lleva el control de todas las personas que vienen a atenderse. Es un organismo de control. Controla entre otras funciones; las camas que van quedando libres en las salas y su ocupación... Las entradas y las altas... Pero específicamente en el HD, lo que quiero ejemplificar se ve con el control de la cantidad de porciones de comida. Todos los días el HD tiene que mandar un certificado con la cantidad de pacientes que concurrieron. A fin de mes, en Estadística tiene que coincidir el total de los pacientes con el total

de las porciones de comida consumidas. El problema se presenta cuando a Est. no le cierran los números al no darse cuenta de que el HD no tiene cena. Y eso por no incluir una categoría aparte. Y digo categoría aparte desde lo ideológico y desde lo práctico. Porque la computadora de Est. contempla sólo la división entre internación y consultorios externos. La solución que esta oficina le ofreció al HD es colocar un repisa aparte, colgada en una pared, donde pueda ordenar las historias clínicas de los pacientes de HD. No suena un tanto absurdo?. Porque no se trata de poner un repisa, se trata de incorporar un criterio distinto, de poder pensar que es una internación diaria de tiempo parcial. Se trata de incluir una tercera categoría dentro del mismo sistema. Ideológicamente responde a criterios de salud tal vez distintos a los que se manejan en el resto del hospital.

Es esta diferencia ideológica lo que dificulta el trabajo del HD en conjunto. Con el paso de los años, pudo lograrse el trabajo conjunto con algunas salas, o mejor dicho, con algunos jefes de sala. Quienes, cuando su paciente se está por ir de alta, hacen la derivación al HD. Profesionales que creen que el paciente que ingresó hace un tiempo, puede recuperar o rehacer sus lazos, sus vínculos. Que volverá a la comunidad de la que salió y podrá convivir en ella nuevamente. En fin, profesionales que trabajan para que la última parte de una internación sea el paso por el HD; porque consideran a éste un paso importante para una completa recuperación.

Profesionales que creen, como los del HD, que el diagnóstico es invalidante. Uniendo la mente con el cuerpo y trabajando en forma integral desde los recursos de salud, y no desde el diagnóstico de la enfermedad. Porque, ¿cómo se cura a un esquizofrénico, a un psicótico... a un enfermo? Podrá haber medicinas y recetas; pero la pregunta debería ser una sola: ¿cómo se ayuda a una persona que puede hacer tales cosas, sabe hacer aquellas y desea tales otras? Y la respuesta no es más que el convencimiento profesional de trabajar desde los recursos de salud; desde la valoración de una persona, más que desde la estigmatización de un enfermo.

Trabajando de una manera que va, en definitiva, remando en contra de la corriente del neuropsiquiátrico. Pensando en fin que la locura: se cura.

Y es por esta metodología de trabajo “anticonvencional” que el HD funciona como si fuese una isla. Metafóricamente, que el HD sea una isla, podríamos decir que es lo que quedó de lo que en algún momento fue parte del continente; que se fue alejando, en principio tal vez por rumbos inciertos. Un trozo de tierra que quiso ser diferente, y no tuvo más opción que despegarse.

También sería importante, para el buen funcionamiento del dispositivo, poder despegarse del neuropsiquiátrico y funcionar en la ciudad. De esta manera favorecería el acceso de los pacientes, más que nada; por la incomodidad del viaje, por el costo y por la lejanía.

Pero por sobre todo eliminaría, o disminuiría por lo menos, la estigmatización, la marca que deja en los pacientes el haber pasado por un neuropsiquiátrico, y como el de Romero. Además de la gente que deja de acercarse al HD sólo porque funciona en ese lugar, porque teme ser captada por la institución total. La otra opción es la práctica institucional privada. Pero no escapa a la concepción terapéutica del hotel de lujo. Y es, de hecho, inaccesible para los sectores de recursos bajos y medios.

Hubo algún proyecto de mudarse, tenían la casa para alquilar en vista; pero casi a último momento, se echó todo para atrás.

La explicación fue que no había plata.

Un último aspecto importante sería poder cambiar de alguna manera, la concepción social de la locura. Que un paciente, más que un enfermo es víctima de nuestra violencia, de nuestra inseguridad, de nuestra discriminación.

Que el loco no está loco todo el día; que si bien puede tener algunos episodios, también tiene aspectos “sanos”.

Que el paciente que llega al hospicio busca y necesita una terapia adecuada a su estado de alteración, que es en general parcial y afecta alguna de sus capacidades. Encuentra, en cambio un sistema que no distingue la parte enferma del resto de la persona misma y la condena como totalidad a la reclusión. Tal decisión es arbitraria: no tiene en cuenta la recuperación del paciente ni se propone su externación. Está al servicio de la marginación social. Por eso toma el carácter de condena.

Más allá del paredón de estos hospitales se pretende ignorar todo lo que ocurre. Éste es el mundo, o submundo, en que funciona el Hospital de Día.

“Señores Médicos Directores de Manicomios:
Las leyes, las costumbres,
les conceden el derecho de medir el espíritu.
Esta jurisdicción soberana, temible,
ustedes la ejercen con el entendimiento.
No nos hagan reír...”⁷

Espero haber mostrado claramente a lo largo de este trabajo, los **criterios de salud mental** que se manejan **en el HD**, con el convencimiento de que es “la manera” de abordar y concebir al sufrimiento mental.

Tal vez cambien con el tiempo y la demanda, los formatos de los dispositivos. Como se ha creído en la década del ochenta en las comunidades terapéuticas como la única forma. También ha sido así con los hospitales de Puertas Abiertas (Open Door) y con los procesos de desmanicomialización (realizado en Neuquén y Río Negro).

Tal vez el día de mañana ya no se llamen hospitales de día o internaciones parciales.

Pero no queda duda que las instituciones totales tienen que desaparecer tal como hoy existen.

La falta de asistencia a los enfermos mentales es una realidad concreta, que agobia, que descorazona, pero que se debe enfrentar. Todo profesional debe asumir su rol. No hay otra opción legítima para el trabajador del hospicio que una actitud dinámica capaz de transformar la dura realidad. Por supuesto, con conciencia de que eso no se logra en forma individual. Es una tarea de todos.

Como concluye Pichón-Rivière: “Lo que no quita, por el contrario, impulsa la más completa entrega. La respuesta va a ser siempre generosa...”⁸

Espero haber contribuido, aunque sea en escasa medida, a un cambio en la concepción social del enfermo.

Quien conozca alguna vez a estos pacientes, comprobará que; por el sólo hecho de que para los demás están locos, se animan a mostrarse tal cual son y a decir muchas más verdades que nosotros, que sólo por estar leyendo este trabajo, nos creemos ser “los cuerdos” de esta historia.

⁷Artaud, Antonin. “Carta a los Médicos Directores de Manicomios”. Zona Erógena. N° 14. 1993.
Este documento ha sido descargado de <http://www.educ.ar>

⁸ ZITO LEMA, Vicente. Conversaciones con Pichón-Rivière sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1998. Pág. 74.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- ANGELL, Robert. "El uso de documentos personales en Sociología". En BALÁN, Jorge, compilador; Las historias de vida en ciencias sociales. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Archivo periodístico del Hospital Dr. Alejandro Korn. Área de comunicación social. Desde febrero de 1987 hasta septiembre de 1992. Actualmente archivado en el Hospital de Día.
- ARRUE, Wille y KALINSKY, Beatriz. De "la médica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia de Neuquén. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1991.
- BALÁN, Jorge y JELIN, Elizabeth. "La estructura social en la biografía personal". Estudios Cedes. N.9. Buenos Aires. 1979.
- BASAGLIA, Franco. ¿Psiquiatría o ideología de la locura?. Editorial Anagrama. Barcelona. 1972.
- BECKER, Howard. "Historias de vida en Sociología". En BALÁN, Jorge, compilador; Las historias de vida en ciencias sociales. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- BERTAUX, Daniel. "Los relatos de vida en el análisis social". En Historia y Fuente Oral. N.1. Instituto Nacional de Historia. Barcelona. 1989.
- BLEGER, José. Psicohigiene y psicología institucional. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1994.
- CONRAD, Peter. "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En Psiquiatría crítica. David Ingleby, editor. Editorial Crítica. Barcelona. 1995.
- FOUCAULT, Michel. Historia de la locura en la época clásica. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1998.
- FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Editorial Altamira. La Plata. Buenos Aires. 1996.
- GRIMSON, Wilbur. Sociedad de locos. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1972.
- HAMMERSLEY, Martyn y ATKINSON, Paul. Etnografía. Métodos de Investigación. Editorial Paidós: Buenos Aires, Barcelona, México. 1994. (capítulos 1, 8 y 9)
- MAZZOTTI, Irma. "Psicopatología, matrices de aprendizaje y contexto social". Publicado en la revista: Temas de Psicología Social. Publicación de la primera escuela privada de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichón-Rivière. Ediciones "5". Buenos Aires. Año 12. Número 10. 1989.
- MENENDEZ, E. "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia, Franco y otros. La salud de los trabajadores. Editorial Nueva imagen. Buenos Aires. 1982.
- QUIROGA, Ana de. Enfoques y perspectivas de Psicología Social. Ediciones "5". Buenos Aires. 1987.
- Revista La Barraca. N 2. Junio de 1989. Publicación "realizada por la gente que vive y trabaja en el Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero". Impreso por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; departamento de imprenta.
- SAUTU, Ruth. "Estilos y prácticas de la investigación biográfica". En SAUTU, Ruth, compiladora. El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores. Editorial de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires. 1998.
- TIELIMANS, Daniela; NAVAL, María Belén; FERNANDEZ MAZZA, Noelle y DUPUY, Alicia. Salud mental: Un abordaje social y comunitario desde un dispositivo Hospital de Día. Artículo presentado en las Jornadas en el Hospital Alejandro Korn. La Plata. Julio de 2002.
- VEZZETTI, Hugo. La locura en la Argentina. Folio Ediciones. Buenos Aires. 1983.
- ZITO LEMA, Vicente. Conversaciones con Pichón-Rivière sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1998.
- <http://www.laplatavive.com>

